

6. Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Модификация цветowego теста М. Люшера. М.: Роскнига, 1990.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.; М., 1985.
8. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства. М.: Изд-во «Медицина», 1986.
9. Schultz J. H. Das autogene Training. XII Aufl. Stuttgart, 1966 (I Aufl, 1932).

А. Е. Ткаченко, Л. Т. Баранская, А. Г. Леонов, А. В. Филатова
**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ПАЦИЕНТОК КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

Стремление каждого человека быть привлекательным имеет как социальную, так и биологическую природу. Нередко любое неприятие со стороны окружающих людей автоматически связывают со своей физической непривлекательностью, истинной или мнимой, и представляется естественным желанием человека изменить такое положение вещей. Наиболее радикальной мерой этого изменения можно считать эстетическую операцию. В данном случае, однако, перемена в облике происходит скачкообразно и воспринимается как необратимая, поэтому человек психологически оказывается неготовым за столь короткое время переконструировать отношение к себе.

Реконструкция или создание физической привлекательности, направленные на облегчение социального взаимодействия и придание человеку ощущения комфорта и уверенности в себе, зачастую оборачиваются появлением целого комплекса проблем. К настоящему моменту накоплено достаточно данных о коморбидности переживаний физического дискомфорта и отрицательных эмоций в раннем восстановительном послеоперационном периоде, о нередкой неудовлетворенности пациентов результатами операций. С другой стороны, известно немало случаев, когда реально неудачная операция полностью удовлетворяет клиента. Можно предположить, что и тот, и другой вариант, как и исходная неудовлетворенность своей внешностью, обусловлены не объективными недостатками или достоинствами, а глубинными психологическими характеристиками.

В последнее время отмечается увеличение диспропорции между совершенствованием и развитием пластической хирургии (появление новых технологий, имплантируемых материалов, разработка и внедрение высокоэффективной аппаратуры и т.д.) и недостаточностью знаний об особенностях психического статуса и личностной структуры пациентов. До настоящего времени причины, побуждающие человека обратиться к эстетическому хирургу, исследованы крайне мало. Существует ряд психологических работ, посвященных реконструктивной хирургии

(в частности, реконструкции молочной железы после радикальной мастэктомии), авторы которых утверждают, что восстановительная операция является одним из наиболее конструктивных способов решения психологических проблем, связанных с патологической реакцией утраты и чувством собственной неполноценности. Однако, несмотря на кажущуюся близость целей, результаты исследования, полученные в случае с реконструктивными операциями, нельзя транслировать на эстетическую хирургию.

Гипотезой в данной работе выступило предположение о том, что пограничная личностная организация пациентов провоцирует самоповреждающее поведение, выражающееся, в частности, в стремлении хирургическим путем преобразовать свой облик, а целью стало исследование локальных форм самодеструктивного поведения у женщин, обращающихся к эстетическому хирургу.

Исследование проводилось на базе клиники пластической и восстановительной хирургии НПРЦ «Бонум». Психологическое обследование проводилось трижды: до операции (на первичной консультации или непосредственно в день операции), в послеоперационном периоде (перед выпиской из стационара), и в отдаленном периоде – через шесть–восемь месяцев после операции.

За период с января 2001 по май 2002 года было обследовано 180 пациенток клиники в возрасте от 19 до 64 лет, перенесших эстетические операции. Из них 56% перенесли операцию на теле (липосакция, абдоминопластика, устранениептоза молочных желез и т.д.) и 44% на лице и шее (face-lifting в различных вариантах, блефаропластика, ринопластика, контурная пластика безоболочечными имплантатами и др.). По эстетическим показаниям 62% пациенток оперировались впервые, вторую (и более) операцию перенесли 38%.

Наблюдение на консультации у хирурга показало, что абсолютное большинство пациенток не понимает серьезность, объем и ответственность данной операции. Свыше 80% из них приходят на консультацию с уже готовым решением сделать операцию и просто не могут воспринимать предостережения врача. Поведение и внешний облик нередко носит сексуально-провокативный характер (что, вероятно, является свойством нарциссизма), и взаимодействие с хирургом эротизируется. У некоторых женщин очень ярко проявляется желание стать «любимой» пациенткой: они рассчитывают на «особое» отношение, участие и заботу. Так же типичными являются обиды на хирурга за якобы недостаточное внимание (хотя, каким бы оно ни было, его данной категории пациенток никогда не хватает), при этом абсолютно не разделяется сфера личного и контрактного взаимодействия. Достаточно распространенным вариантом общения является посвящение хирурга в свои личные

проблемы с акцентом на том, что операция необходима для их устранения. В формулировках четко прослеживается отношение к своему телу как к объекту («доктор, сделайте с этим (часть тела не называется, а обводится рукой) что-нибудь»), происходит проективная идентификация собственного желания нравиться с какой-либо частью тела, которая представляется как посторонняя, но необходимая для его реализации, что, в конечном счете, свидетельствует о нечеткости границ себя и окружающих объектов, свойственной пограничной личностной организации.

Социологический портрет пациенток таков: более 60% имеет высшее образование; 78% замужем, 16% в разводе, 6% в официальном браке не состояли.

Около 75% открыто высказывают свою неудовлетворенность семейной ситуацией (особенно отношениями с мужем, реже с детьми или родителями). Прослеживается отношение к близким людям, как к «собственности».

Пациентки (46%) указывали, что в данный момент находятся в очень тяжелой (кризисной) жизненной ситуации (проблемы с семьей или на работе, смерть близких людей и так далее), но лишь одна респондентка напрямую связала планируемую операцию с подобной ситуацией, обычно стандартным ответом остальных было то, что они давно хотели прооперироваться и просто не стали из-за проблем откладывать намеченное.

Интерпретация результатов, полученных по методу цветовых выборов М. Люшера, выявила следующие закономерности:

1) Абсолютное большинство женщин выбирают на первую позицию желтый цвет, что может свидетельствовать об экзальтации чувств, демонстративности, поверхностности, инфантильности и стремлении соответствовать ожиданиям окружающих. Положение четвертого цвета на первой позиции коррелирует с третьей истероидной шкалой по ММРІ. Приблизительно 30% всех выборов цвета на первой позиции в сочетании с серым на второй предполагает готовность приносить любые, даже неоправданные жертвы для достижения цели быть в центре всеобщего внимания. Это является показателем эмоциональной лабильности (гиперэмоциональность на фоне достаточно слабых чувств), сверхвовлеченности в отношения, быстроты установления, но поверхностности социальных контактов, легкой идентификации с другими людьми, фантазиями, определенными событиями в своей жизни, значимости престижа, стремления к социальному признанию, высокой сексуальной провокативности в поведении.

2) Анализ сочетаний, занимающих 7 и 8 позицию (-7 -6, -1 -7, -3 -7) показал, что наиболее актуальной для испытуемых является фруст-

рация потребности в независимости, самостоятельности, стабильности и сексуальности. Сочетание $-7 -6$ обуславливает отсутствие гармонии со своим телом, ущемление физических потребностей, восприятие тела как способа достижения целей, а не получения какого-либо удовольствия. Примером может служить определение одной пациентки: «...я должна иметь красивое лицо и фигуру, чтобы получить хорошего мужа и престижную работу. Для этого я готова сделать и 5, и 10 операций, сидеть на диетах и ходить в тренажерные залы».

3) Наиболее распространенные цветовые пары 1 и 8 позиции (+4 -6 , +4 -7 , +2 -6) указывают на проблемы с самоуважением и самореализацией, на сексуальные проблемы, связанными с внутренними конфликтами. Также это может свидетельствовать о стремлении к «эффектным формам самоистязания».

4) Шестой (коричневый). Коричневый цвет, как правило занимает 8, реже 7 позицию, что свидетельствует о неприятии, заблокированности телесных проявлений, отрицании потребностей организма как биологической системы. Это является показателем самодеструктивных тенденций личности.

5) Рабочая группа, как правило, разрознена из-за перемещения красного цвета вправо, что говорит о снижении работоспособности из-за трудностей, связанных с проявлением активности и инициативы. Несмотря на трудоустроенность большинства пациенток, нельзя говорить об их удовлетворенности своей работой.

Анализируя тематический апперцептивный тест было установлено:

1) Отличительной характеристикой рассказов является малый объем и несоблюдение инструкции. Испытуемые в своих рассказах обращаются к настоящему, задавая ситуацию и отталкиваясь при этом от содержания картины. Отсутствие прошлого может свидетельствовать о наличии в нем у испытуемых сильных конфликтных переживаний, которые вытесняются. Устойчивая тенденция выпускания прошлого также может говорить о трудностях в использовании человеком своего опыта. Будущее тоже представлено очень скудно, что может представлять собой нарушение механизма планирования собственной деятельности, жизни, временной перспективы. Мысли и чувства героев мало задействованы в рассказах, что может свидетельствовать об отсутствии или низком уровне саморефлексии, гиперэмоциональности, но при этом поверхностности собственных чувств.

2) Наиболее значимыми для испытуемых являются следующие темы: личная, сексуальная, семейная. В противовес этому, социальная и профессиональная темы встречаются очень редко.

3) В большинстве рассказов испытуемые явно идентифицировали себя с одним из героев, что свидетельствует о склонности уходить в мир фантазий и может являться косвенным показателем инфантильности.

4) В самосознании наряду с потребностями в автономии, выражением агрессии и доминированием сосуществует потребность в аффилиации, поиске помощи, присутствует сверхвовлеченность в отношения, потребность в постоянном телесном контакте, которая может быть интерпретирована как регрессивная защита от базового страха сексуального контакта.

5) Механизмы психологической защиты проявляются через вытеснение (отсутствие прошлого в рассказах), отрицание («они не сосядутся, это просто небольшая размолвка»), дистанцирование.

6) Картина с человеком в окне однозначно воспринимается как суицидальная, в ней выявляются мазохистические тенденции с присутствующим чувством вины, превалирование явной аутоагрессии над агрессией во вне. На картину с мальчиком со скрипкой проявляются личные проекции, стремление быть лучшими, находиться в центре внимания. Картины 4 и 9 GF выявляют проблемы в отношениях с другими людьми. Картина 4 выявляет так называемую тему привязанности. Целью в рассказах является желание не отпускать мужчину («ему надо ехать, а она не хочет его отпускать, он останется с ней»). Картина 9 GF выявляет проблему со взаимоотношениями с другими женщинами. Рассказы по этой картине свидетельствуют о том, что тема соперничества с представительницами своего пола превалирует над какими-либо другими формами соперничества.

В опроснике невротических расстройств (ОНР) была выявлена некоторая тенденция повышения по следующим шкалам:

1) Переживание своей малоценности, что подтверждает результаты, полученные по МЦВ. Характерно, что данное переживание имеет корни в ориентации на внешние факторы (оценка себя с точки зрения окружающих), а не на внутренние ресурсы, что очень явно выражается в отношении к своему телу. Оно признается «неудачным» и отдается на исправление хирургу. Сознание своей «незначительности» не дает возможности брать на себя полную ответственность даже за свои действия. Вследствие чего хирург является буквально спасителем: мало того, что посредством нанесения реальной травмы организму он реализует желание пациента нанести своему «неудачному» телу хоть какой-нибудь урон, так он еще и берет за это на себя львиную долю ответственности. Можно предположить, что если бы пациентки в полной мере были сами ответственны за результаты вмешательства в свой организм, то возможно лишний раз подумали бы об истинных причинах своих действий. А в варианте с хирургом их вполне устраивает отношение к операции, как к

«походу за красотой» (что схоже с отношением к посещению парикмахера). Несмотря на то, что многие так называемые недостатки лица и фигуры достаточно легко маскируются стилем одежды и макияжем, пациентки выбирают именно радикальный способ изменения. Интересно, что у большинства наряду с повышением по рассматриваемой шкале есть повышение по шкале «гипоманиакальные проявления», что может свидетельствовать о переоценке своих возможностей (а точнее, надежде на их грандиозность) и нежелание проверять их адекватность в связи со страхом самоаннигиляции.

2) Нарушение социальных контактов. Для анализа данной шкалы мы разделили пациенток на две группы. Первую группу составили женщины, для которых эта операция была первая. Вторую группу составили те, для кого она была вторая и более. В результате получены следующие данные: повышение по этой шкале у второй группы составило 90% (в то время, как у первой – всего 12%), что может косвенно свидетельствовать о том, что хирургическая эстетическая операция приобретает форму аддиктивного поведения, которая является очень распространенным вариантом самодеструкции. Сложности в принятии себя во многом проецируются на окружающих, сюда же добавляется страх не быть одобренным и оцененным, что неизбежно ведет к деформации естественного межличностного взаимодействия, а впоследствии и к стремлению его избегать. Склонность к аддиктивным формам поведения у данного контингента подтверждается и тем, что около 50% пациенток признают у себя те или иные нарушения в пищевой сфере и свыше 15% – пристрастие к алкоголю.

3) Повышенная возбудимость: по данной шкале характерно незначительное повышение, которое можно определить как раздражительность. Неспособность проявлять открыто свои чувства, прежде всего отрицательные (агрессивные), впрочем, как и неумение их сублимировать в форму активных действий, остановка их на уровне побуждений, неразряженность и при этом слабая рефлексия неизбежно приводят к застою, аффективной фрустрации, которая выливается в фоновую раздражительность и неудовлетворенность, агрессия неминуемо направляется на себя, создавая внутреннее напряжение, и уже на этом уровне ищутся пути к его разрядке, которая очень эффективно реализуется в хирургических операциях.

4) Навязчивые мысли: повышение по данной шкале характеризует пациентов как людей ригидных, со слабой рефлексией, с трудностями в принятии обоснованных решений из-за негибкости, жесткости наработанных схем поведения. Их суждения относительно себя зачастую носят тотальный характер. Особенно навязчивой является идея изме-

нить себя, стать «другим» человеком, как в прямом, так и в переносном смысле.

5) Фобические нарушения: интересным является присутствие в этой сфере страхов, связанных с прямой угрозой жизни или открытыми повреждениями (боязнь колюще-режущих предметов, несчастных случаев, смерти), что может свидетельствовать о бессознательной защите себя от открытых способов самодеструкции.

Во время беседы 18 пациенток признались в наличии у них функциональных нарушений (аноргазмия и фригидность). Проанализировав и сопоставив результаты их обследования, была обнаружена некоторая общность: повышение по шкале «переживание своей малоценности» на 5–8 баллов, по шкале «повышенная возбудимость» на 2–4 балла, по шкале «нарушение социальных контактов» – значения, близкие к границе плюс–минус 2 балла, и по шкале «колебание интенсивности жалоб» повышение от 0 до 5 баллов. Подобная картина была обнаружена еще у 53 пациенток (без учета тех, у кого повышены те же шкалы, но в большей степени). Вероятно можно говорить о таком повышении, как об индикаторе расстройств сексуальной функции. Если принять это предположение как верное, то не менее 40–50 процентов обследованных женщин страдают сексуальными нарушениями, и если принять во внимание их возраст и стаж замужества, то эта цифра значительно превышает популяционную норму (которая, в среднем, составляет 25%).

На психологических консультациях была выявлена тенденция обвинять себя в значимых конфликтных ситуациях своей прошлой жизни (изнасилование, развод, уход от родителей в момент, когда те, как казалось пациентам, особенно нуждались в их помощи, несостоятельность детей), но при этом отсутствует чувство ответственности за свою собственную настоящую жизнь, за то, что в ней происходит и за ее неудовлетворительность. Эта ответственность перекладывается на других людей и носит характер обвинений. Интересным наблюдением является и то, что 4 пациентки, которые приходили на консультацию с проблемой сексуальных отношений и имели в прошлом ситуацию изнасилования, обратились к хирургу с просьбой изменить форму носа (который в психоаналитической традиции трактуется как фаллический символ). Таким образом, подобная операция носит, возможно, характер самонаказания.

Сравнение результатов МЦВ – от первого ко второму обследованию – показало, что происходит формирование группы цветов следующим образом: на первые позиции выходят основные цвета, таким образом, создается рабочая группа. Внешний вид пациентки и беседа с ней подтверждают, что она ощущает прилив сил, улучшается настроение,

снижается критичность по отношению к текущей жизненной ситуации, проблемы становятся как бы менее значительными. Данный феномен уже был описан в литературе. По единодушному мнению хирургов и психиатров, хирургическое вмешательство нередко улучшает картину при неврозах и психозах. Однако это улучшение неустойчиво, и достигнутый результат не гарантирует отсутствие последующих осложнений. Вероятно, это улучшение связано с эффектом эмоциональной разрядки. Напряжение перед операцией сходит «на нет». А так как человек до этого момента был всецело поглощен именно предстоящим хирургическим вмешательством и его результатами (и эта проблема была доминантной), то к выписке этот тревожный очаг затухает и, вероятно, приглушает и другие очаги тревоги, создавая тем самым иллюзию ложного благополучия.

Это подтверждается данными ОНР, так как продолжают нарастать шкалы: «переживание своей малоценности», «колебание интенсивности жалоб» и «нарушение социальных контактов». Таким образом, несмотря на улучшение эмоционального состояния (в некотором смысле можно говорить даже об эйфории) объективное обследование показывает ухудшение и усугубление невротического статуса, что, возможно, выйдет на передний план в недалеком будущем.

Интересным наблюдением является то, что к моменту выписки немалая часть пациенток (до 40%) уже планируют следующую операцию. Телефонная беседа с 62 пациентками через полгода после операции показала, что все они хотели бы сделать следующую, причем ни одна из них не оценила результаты операции по 10-балльной шкале на 10 баллов (оценки колеблются от 6 до 8) и никто не сказал, что за это время жизнь каким-то образом изменилась в лучшем направлении (хотя наличие этого мотивирующего на операцию желания было в той или иной форме почти у каждой). 46 пациенток отметили, что после операции стали чувствовать себя лучше. На наш взгляд, в этом заключается довольно серьезная опасность вышеописанного эффекта. Происходит бессознательное закоривание приятных ощущений, бодрости и веры в собственные силы на операцию, что бросает человека на бесконечные поиски в себе того, что можно еще добавить или удалить. Стремление к операции, не являющейся необходимой для сохранения жизни или здоровья, можно рассматривать как садо-мазохистические тенденции данного контингента. Характерно и то, что все последующие операции пациентки стремятся сделать у того же хирурга, что и первую, даже при условии, что она была не вполне удачной. Это может свидетельствовать о чрезмерной значимости хирурга в жизни этих женщин, а возможно, и о бессознательной идентификации его со значимой для себя фигурой. Операция становится чем-то вроде спасательного круга, удерживающе-

го человека от открытого стремления разрушать себя. На основании вышеперечисленного можно сделать следующие выводы:

- Фиксация или чрезмерное внимание к своему внешнему виду повышает значимость телесного облика в целом, что искажает представление о своей телесности и делает его неадекватным.

- Наличие высокого истероидного радикала обуславливает бессознательное стремление разрушать себя через утрату функции вместо утраты органа или наносить себе повреждения с учетом достижения эффективного результата.

- Достаточно высокий уровень внешнего контроля при множественности конфликтных сфер, гиперэмоциональность на фоне скудных чувств, наличие разнонаправленных взаимоисключающих тенденций, сверхвовлеченность в отношения при поверхностности контактов, сексуальная провокативность на фоне страха, и даже неприятия полового акта, ненасыщаемая потребность быть любимой и быть в центре внимания, неумение сублимировать агрессию, наличие мазохистических тенденций с присущим чувством вины, высокая степень зависимости самооценки от оценки других людей и постоянный поиск соперниц является диагностическим показателем пограничной личностной организации с истерическими чертами.

- Данная личностная организация не предполагает открытых форм самодеструкции, так как в ней в равной степени присутствуют как тенденции к самоуничтожению, так и к самовозвеличиванию, поэтому любая форма самодеструкции должна быть очень хорошо завуалирована, дабы окончательно не разрушить личность.

- Хирургическая операция вполне удовлетворяет этому требованию за счет наличия социально одобряемого мотива (хорошо выглядеть).

- Хирургическая операция в значительной степени снижает напряжение внутриличностных конфликтов и хотя бы на непродолжительное время стабилизирует внутреннее состояние личности.

- Стремление к хирургическому вмешательству, также как и сексуальные функциональные нарушения, является показателем самодеструктивных тенденций личности.

- Косметическая операция рассматривается как важнейший момент восстановления интимных отношений, избавления от внутренних конфликтов, сексуальной неудовлетворенности. Оперативное вмешательство бессознательно отождествляется со снятием запрета на проявление сексуальности и связанным с ним чувством вины по двум причинам: 1) оно является способом создания или воссоздания привлекательности, в том числе и сексуальной; 2) бессознательно ассоциируется с самонаказанием и снимает напряжение, вызываемое чувством вины. В

итоге оперативное вмешательство оказывается избыточно нагружено смыслами, которых объективно не имеет и не может реализовать, а последующие сексуальные неудачи и отсутствие разрешения других конфликтных сфер воспринимаются как неэффективность в преобразовании лица и фигуры.

Результаты данного исследования указывают на наличие стремления к локальным формам самодеструктивного поведения у пациенток клиники косметической хирургии, в связи с преобладающей в этой выборке пограничной личностной организацией с истерическими чертами. Данный контингент нуждается в психотерапевтической помощи, отдельные направления которой следующие:

- прояснение реальных целей операции и смещение акцента с изменения физического образа на необходимость рефлексии собственных конфликтных переживаний;
- повышение адекватности самооценки, структурирование системы ценностей;
- работа с пациентами по окончании восстановительного периода с целью поддержки в начинании нового этапа в жизни.

И. О. Елькин, Л. Т. Баранская, В. М. Егоров, Е. А. Редина

ПСИХОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА НА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Воздействие оперативного вмешательства на организм пациента является стрессовым, что подтверждается многочисленными исследованиями клинических физиологов и анестезиологов. Так, было выявлено, что при операции имеют место определенные гормональные сдвиги, изменения в деятельности сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем [6], а также в биоэлектрической активности мозга [2]. Кроме того, во время операции в организме создается уровень высокого метаболизма [7].

Для обозначения воздействия операционного вмешательства на человека в медицине используется термин «операционный стресс». Согласно А. П. Зильберу, «операционный стресс – это не единый синдром, а совокупность синдромов, вызываемых оперативным вмешательством». А. А. Бунятян определяет операционный стресс как «состояние полифункциональных изменений, возникающих в организме больного под влиянием агрессивных факторов оперативного вмешательства». К таким факторам относятся: психоэмоциональное возбуждение, боль, патологические рефлексы неболевого характера, кровопотеря, повреждение жизненно важных органов.